Genauere anatomische Untersuchung

von

25 weiblichen Sexualpräparaten von Personen, die an nicht sexuellen Krankheiten gestorben sind.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

einer

hohen medizinischen Fakultät

der

k. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Martin Ballin,
approb. Arzt aus Limburg a. d. Lahn.

München 1897.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Genauere anatomische Untersuchung

von

25 weiblichen Sexualpräparaten von Personen, die an nicht sexuellen Krankheiten gestorben sind.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

einer

hohen medizinischen Fakultät

der

k. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Martin Ballin,
approb. Arzt aus Limburg a. d. Lahn.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

München 1897.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Referent: **Herr Geheimrat Prof. Dr. von Winckel.**

Seinen lieben Eltern

in

Liebe und Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553806_0097

Die Häufigkeit der weiblichen Genitalerkrankungen ist eine Thatsache, die kaum noch bestritten wird, und die ihren schlagendsten Beweis in der Fülle des Materials findet, über welches heute jedes gynaekologische Institut verfügt. Wenn indes mein verehrter Lehrer, Geheimrat Prof. v. Winckel, in der Einleitung zu seinem „Lehrbuch der Frauenkrankheiten" den Satz ausspricht, dass, „nur wenige weibliche Genitalien völlig frei von allen Affektionen seien", und sich andere Gynaekologen in gleichem Sinne ausdrücken, so ist wohl die Zahl derer nicht gering, welche dieser Behauptung sehr skeptisch gegenüberstehen und sie vielleicht als einen allzu grossen Pessimismus Mutter Natur gegenüber bezeichnen. Ein stichhaltiger Beweis kann nur durch die Statistik erbracht werden, und welchen Weg die Statistik nahm, welche Geheimrat v. Winckel zu dieser Erkenntnis führte, das gibt er an der gleichen Stelle an: Es ist die vergleichende Untersuchung aller, zur Sektion gelangender, weiblicher Genitalien, gleichwohl ob dieselben von Frauen stammten, die in Bezug auf ihren Genitalapparat im Leben als pathologisch oder als gesund galten. Und nur so kann man in der That ein annähernd richtiges Bild von der Häufigkeit der gynaekologischen Erkrankungen gewinnen. Wollte man nur die im Leben beobachteten Fälle berücksichtigen und davon abstrahierend eine Zahl ermitteln, so würde

dieselbe viel zu niedrig ausfallen. Denn die Reihe derjenigen Fälle, die sich der Beobachtung des Arztes entziehen, machen ein Gutteil, wenn nicht die Mehrzahl aller aus. Es sind vor allem diejenigen, welche entweder vollkommen latent verlaufen oder bei der Indifferenz der Patientinnen und der Geringfügigkeit der subjektiven Symptome nicht einmal diesen selbst zum Bewusstsein kommen, weiterhin aber die Fälle, die aus Schamgefühl oder irgendwelchen persönlichen Interessen absichtlich verschwiegen werden. Diese Fehlerquellen sind nur bei einer Statistik ausgeschlossen, wie sie v. Winckel gibt, und es ist daher nicht wunderlich, wenn dieselbe dann ein Resultat ergibt, welches nach anderen Statistiken als unwahrscheinlich, ja als unmöglich erscheint. Im Gegenteil, auch die v. Winckel'sche Statistik ergibt noch eine zu niedrige Zahl, indem sie die Fälle nicht umfasst, die bei Lebzeiten vielleicht Erscheinungen machten, post mortem aber nicht mehr zu diagnostizieren waren. Zieht man noch diesen Faktor in Rechnung, so ist der oben citierte Ausspruch v. Winckel's sicherlich vollkommen gerechtfertigt.

Die vorliegende Arbeit soll nichts anders sein, als ein Beitrag zu der von Winckel in grösserem Rahmen gegebenen Statistik, und als solcher dürfte ihr eine Existenzberechtigung nicht abzusprechen sein. Die in derselben beschriebenen Genitalien stammen durchweg von Frauen, die im Leben teils in chirurgischer, teils in interner, nicht in gynaekologischer Behandlung standen. Dieselben wurden zum Zweck einer derartigen Arbeit von meinem verehrten Lehrer gesammelt und mir von demselben in dankenswerter Weise zur Bearbeitung überlassen.

Ich gebe nun im folgenden die anatomische Beschreibung der einzelnen Fälle und nebenher die Daten, welche sich aus den Krankengeschichten und Sektionsberichten über die Patientinnen ermitteln liessen.

I. Fall.

B. Elise, 19 Jahre alt, Kellnerin. Interne Behandlung. Sektion 10. Sept. 1895.

Klinische Diagnose: Tuberkulosis pulmonum, laryngis, intestini. Allgemeine Anaemie.

Aus der Anamnese: Menses seit dem 13. Jahre, regelmässig.

Anatomische Diagnose: Tuberkulosis pulmonum laryngis, intestini.

Befund.

Aeussere Genitalien: Kleine Schamlippen mässig entwickelt, Frenulum vorhanden.

Vagina: Introitus ziemlich weit.

Uterus: 6 cm lang, 4 cm breit, $2^1/_2$ cm dick. Muttermund rund, ohne Einkerbungen. Die Schleimhaut zeigt nichts auffallendes. Perimetrium der vorderen Wand glatt. In der Excavatio vesico-uterina sind stark geschlängelte Venen sichtbar. Auf der hinteren Wand, hauptsächlich gegen die Portio hin, starke, membranartige Auflagerungen. Ungefähr von der Mitte derselben entspringt eine Membran, welche sich nach oben hin auf das Ligament. ovarii propr. dextr. und die rechte Tube bis zu deren Fimbrienende fortsetzt. Diese Membran bedeckt die Tube, an deren vorderer Wand sie entspringt, so wie das Ovarium vollkommen und hängt frei in den Douglas'schen Raum. Sie hat an ihrer breitesten Stelle eine Ausdehnung von 6 cm, ihre grösste

Länge, welche der Ansatzstelle entspricht, ist 9 cm. Von ihr zieht eine Adhaesion in Form eines Sehnenfadens und in einer Länge von 9 cm zum oberen Teil des Rectums. Zwischen dem Lig. ovarii propr. dextr. und dem ersten Teil der Tube zieht eine breite Lamelle, welche mit dem entsprechenden Teil des Lig. latum eine Tasche bildet. Eine ebensolche Tasche wird von einer zweiten Lamelle gebildet, die das distale Ende der Tube mit dem Ovarium verbindet. Die rechte Tube ist ungefähr in der Mitte abgeknickt und durch eine sehnige Verwachsnng, welche von dieser Stelle aus, 7 cm lang, zum unteren Teil des Rektums zieht, nach hinten gezogen. Das Fimbrienende der r. Tube ist frei. Zwischen den beiden erwähnten sehnigen Verwachsungen, welche sich in einer Entfernung von 5 cm am Rectum inserieren, zieht eine ebenso breite, membranartige Adhaesion. Von dem Sehnenfaden, welcher die Tube mit dem Rectum verbindet, geht eine weitere Membran in sagittaler Richtung nach der Mitte des Corpus uteri. Vom Fimbrienende der l. Tube entspringt eine membranartige Adhaesion, welche unter dem Ovarium zum Lig. latum und von da zum Rectum zieht. Der Grund des Douglas'schen Raums ist in eine wallnussgrosse, nach der r. Seite hin offene Tasche umgewandelt durch eine Lamelle, welche horizontal vom Rectum zur Portio uteri verläuft. Vom Rectum gehen weiterhin 4 sagittal gestellte Membranen zum Uterus, den Douglas'schen Raum in entsprechender Weise teilend. Kleine Auflagerungen finden sich überall zerstreut in der Excavatio sacro-uterina.

Ovarien: L. Ovarium 3, r. Ovarium 3 cm lang.
Tuben: Siehe unter „Uterus“.*)

II. Fall.

J. Elise, 46 J. Briefträgersfrau. Chirurg. Behandlung Sektion 17. September 95.

Klinische Diagnose: Carcinoma ventriculi. Therapie: Gastroenterostomie, ein orange grosses Carcinom an der grossen Curvatur zeigend.

Aus der Anamnese: V para. 3 Kinder sind früh gestorben, 2 leben.

Anatomische Diagnose: Scirrhus an der grossen Curvatur. Emphysem beider Lungen. Oedem der Unterlappen. Amyloide Degeneration der Milz und beider Nieren.

Befund.

Aeussere Genitalien: (Rasiert, jedenfalls zur Operation) Linke Nymphe stärker entwickelt als die rechte.

Vagina: Introitus sehr weit. Länge der Vagina 12 cm.

Uterus u. Lig. latum: Uterus 10 cm lang, 6 cm breit, 3½ cm dick, in toto vergrössert. Muttermund sehr breit, klaffend durch einen Einriss, der bis ins rechte Scheidengewölbe reicht. In der vorderen Muttermundlippe sitzt ein erbsengrosses submucöses Myom. Das Cavum uteri ist ziemlich gross, die Schleimhaut zeigt keine Besonderheiten. Im rechten Lig. latum, und zwar zwischen Lig. ovar. propr., An-

*) Anmerkung: Die Beziehungen der Adnexe zu den Adhaesionen wurden der Deutlichkeit halber gemeinsam mit dem Uterus beschrieben.

fangsteil der Tube und Corpus uteri liegt ein taubenei grosser Tumor, der sich beim Aufschneiden als ein Conglomerat varicös erweiterter Venen darstellt: Varicocele, dementsprechend ist er mit Blutcoagulis gefüllt, von denen einige noch die Configuration der Venenlumina zeigen. Das ganze rechte Lig. latum ist weiterhin von einer braunroten Masse infiltriert, von der sich einige resistentere Stellen, varicös erweiterte Venen mit harten Blutcoagulis abheben. Rechts von der Cervix findet sich eine mit Blutgerinsel gefüllter, taubeneigrosser Hohlraum, der wohl als Hämatoma subperitonaeale pelvicum angesprochen werden muss. Ob die oben beschriebene Geschwulst als Varicocele parovarialis superior bezeichnet werden darf, ist mir wegen ihres Sitzes noch zweifelhaft. Auf dem l. Lig. latum findet sich eine kleine membranartige Auflagerung. Im Douglas'schen Raum zieht sich eine 2 cm lange Membran vom Uterus zum Rectum hin, die mit dem Lig. semilunare sinistr. einen spaltförmigen Raum bildet.

Ovarien: Lig. ovarii propr. links 2 cm, rechts 3 cm lang. Linkes Ovarium 3, rechtes Ovarium 4 cm lang.

Tuben: Linke Tube 11, rechte Tube 13 cm.

III. Fall.

W. Anna 57 J., Kindsjungfer. Interne Behandlung. Sektion 13. Oktober 95.

Klinische Diagnose: Darmstriktur, Dilatation und Hyperthrophie des Herzens. Arteriosclerose.

Aus der Anamnese: Menses seit dem 14. Jahr, regelmässig, zeitweise mit Krämpfen verbunden.

Anatomische Diagnose: Carcinoma recti, Perforation des Darms an der Flexura dextra des Colons. Adhäsiv-pericarditis und -pleuritis. Hypostatische Pneumonie beiderseits.

Befund.

Aeussere Genitalien: Kleine Schamlipppen nur schwach entwickelt, die rechte etwas stärker wie die linke.

Vagina: Ohne bemerkenswerten Befund.

Uterus: 7 cm lang, 4½ cm breit, 2 cm dick. Muttermund klein, geschlossen. Um den inneren Muttermund sitzen 4 kleine hirsekorngrosse Cystchen. Ueber denselben, der hinteren Wand angehörig, ein haselnussgrosses submucöses Myom. Die vordere Wand trägt in der Gegend des linken Horns ein erbsengrosses gestieltes Myom. Im linken Horn selbst sitzt ein wallnussgrosses intraparietales Myom. Nahe der Abgangsstelle der rechten Tube findet sich auf der vorderen Uteruswand ein erbsengrosses, dicht daneben 2 kleinere, ungefähr linsengrosse, subseröse Myome. An der hinteren Wand rechts oben ein haselnussgrosses, subseröses Myom. Im Douglas einige kleine, sehnige Adhäsionen.

Ovarien: Lig. ovarii propr. L. 4½, R. 2½ cm lang. An der hinteren Wand des rechten Ovariums eine Reihe hirsekorn- bis erbsengrosser Cysten.

Tuben: Beiderseits gleich lang.

IV. Fall.

O. Anna 63 J., Kindsfrau. Interne Behandlung. Sektion 4. November 95.

Klinische Diagnose: Carcinoma ventriculi. Emphysema pulmonum.

Aus der Anamnese: Menses pausieren seit dem 44. Lebensjahr. Waren immer regelmässig.

Anatomische Diagnose: Skirrhus ventriculi. Allgemeine Anaemie und Atrophie.

Befund.

Aeussere Genitalien: Nymphen schwach entwickelt, stark pigmentiert. Frenulum erhalten.

Vagina: Introitus weit. Nach oben hin enger.

Uterus: 9 cm lang, $4^1/_2$ cm breit, $1^1/_2$ cm dick. Muttermund klein, nach der rechten Seite hin eine alte kleine Narbe. Um den inneren Muttermund 3 hirsekorngrosse Cystchen. Die Schleimhaut des Cavum uteri zeigt auf der Hinterwand einen kleinen Defekt und ist nicht verfärbt. Im rechten Horn sitzen auf der Schleimhaut 2 kleine, weissliche Prominenzen auf.

Ovarium: Vom rechten Ovarium ziehen einige kleine Adhäsionen vertikal zum Lig. latum. An der Insertionsstelle derselben ist ein kleines Stückchen Netz durch eine kurze Adhäsion fixiert.

Tuben: Befund negativ.

V. Fall.

P. Josepha 55 J., Schreinerswitwe. Chirurgische Behandlung. Sektion 13. November 95.

Klinische Diagnose: Carcinoma ventriculi. In der Inguinalgegend ein bohnengrosser, harter Tumor, Metastase? Starker Ascites.

Aus der Anamnese: Menses seit dem 18. Lebensjahr. Menopause im 48. Jahre. VI. para. 3 Kinder sind tot, 3 leben und sind gesund.

Anatomische Diagnose: Carcinom des Pan-

kreas und der Leber. Stauungsmilz mit embolischen Infarkten.

Befund.

Aeussere Genitalien: Kleine Schamlippen von mittlerer Grösse. Frenulum erhalten.

Vagina: Introitus sehr weit, ebenso die ganze Scheide. Der obere Teil der Scheide ist stark blutig injiciert und zeigt teils eine verwachsene rote Färbung, teils cirkumskripte braunrote Flecken. Die Affektion muss wohl als eine chronische Colpitis vetulae angesprochen werden.

Uterus: 10 cm lang, 4 cm breit, $3^1/_2$ cm dick. Der Muttermund ist sehr weit, ein starker Einriss geht links bis ins Scheidengewölbe. Der Zeigefinger dringt mit der ganzen Endphalange in den Cervicalkanal vor. Die Portio zeigt die gleiche Verfärbung wie die Scheide. In der Mitte des Cervicalkanals, der hinteren Wand mit der ganzen Breite aufsitzend, ein kleiner Polyp. Das r. Lig. latum ebenso wie das Perimetrium der vorderen Uteruswand mässig injiciert. Das Peritoneum des Douglas'schen Raumes ist braunrot verfärbt. Am Lig. semilunare sinistrum ist ein Dreimarkstück grosser Defekt, dessen Grund zerfallene Massen bilden, und dessen Ränder teils deutlich markiert, teils ebenfalls zerfallen sind. Derselbe repräsentiert jedenfalls ein sekundäres Carcinom des Douglas'schen Raums.

Am Orificium internum finden sich 2 erbengrosse Cystchen. Die Schleimhaut des Cavum uteri ist hämorrhagisch injiziert, mit diffusen, hirsekorngrossen braunroten Prominenzen. Sie zeigt also die Erscheinungen einer chronischen Endometritis.

Ovarien: Mit vielen Ovulationsnarben.

Tuben: Befund negativ.

VI. Fall.

L. Magdalena, 22 Jahre, Kellnerin. Interne Behandlung. Sektion 6. Dezember 1895.

Klinische Diagnose: Chronische Lungentuberkulose.

Aus der Anamnese: Menses seit dem dreizehnten Lebensjahre, regelmässig.

Anatomische Diagnose: Chronische Tuberkulose der Lungen und beginnende Darmtuberkulose.

Befund.

Aeussere Genitalien: Nymphen klein, Frenulum vorhanden.

Vagina: Befund negativ.

Uterus: 6½ cm lang, 5 cm breit, 2 cm dick. Muttermund klein, geschlossen. Schleimhaut der Cervix und des Uterus ohne Eigentümlichkeit.

Ovarien: } Befund negativ.
Tuben: }

VII. Fall.

P. Maria, 42 Jahre, Näherin. Interne Behandlung Sektion 8. Januar 1895.

Klinische Diagnose: Phtysis pulmonum.

Aus der Anamnese: Nichts.

Anatomische Diagnose: Chronische Tuberkulose beider Lungen, Darmtuberkulose, hochgradige Anaemie.

Befund.

Aeussere Genitalien: Labia minora prominent. Frenulum und Hymen erhalten.

Vagina: Ein milchiges Sekret in derselben.

Uterus: 10 cm lang, 6 cm breit, 4 cm dick. Am Muttermund keine Einkerbungen. Das Cavum uteri ist etwas vergrössert, die Schleimhaut unverändert. Am Fundus uteri ein erbsengrosses, subseröses Myom. An der hinteren Wand, entsprechend der rechten Tubenmündung, ein zweites subseröses Myom von der Grösse einer Haselnuss, welches gestielt ist. In der Wand des Uterus 6—7 weitere Myome von der Grösse einer Haselnuss bis zu der eines Taubeneies, teils intraparietal, teils submucös.

Ovarien: Lig. ovarii propr. R. 3 cm, L. 2 cm lang. Beide Ovarien zeigen zahlreiche Ovulationsnarben.

Tuben: An der r. Tube findet sich eine 4 cm lange Adhaesion, welche das Fimbrienende derselben mit der Mitte des Lig. semilunare dextrum in Form eines Sehnenfadens verbindet.

VIII. Fall.

Genitalien nicht bezeichnet. Anamnese, klinische und anatomische Diagnose nicht zu ermitteln.

Befund.

Aeussere Genitalien: Nymphen schwach entwickelt, vollkommen ohne Pigment, Frenulum erhalten.

Vagina: Introitus weit.

Uterus: 7 cm lang, 4 cm breit, $1^1/_4$ cm dick. Uterus planifundalis. Muttermund ohne Einkerbungen.

Ovarien: Lig. ovarii propr. L. $2^1/_2$, R. 4 cm lang, Ovarien beiderseits schwach entwickelt, nur spärliche Ovulationsnarben.

Tuben: L. Tube 8 cm, R. 11 cm lang.

IX. Fall.

S. Marie, 59 Jahre, Schuhmacherswitwe. Interne Behandlung. Sektion 8. Januar 1896.

Klinische Diagnose: Hypertrophia und Myodegeneratio cordis, Atheromatosis.

Aus der Anamnese: Nichts.

Anatomische Diagnose: Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel. Stauungskatarrh des Darmkanals.

Befund.

Aeussere Genitalien: L. Nymphe bedeutend stärker entwickelt als die rechte. Frenulum nicht vorhanden. Eine alte Narbe von einem Dammriss herrührend.

Vagina: Introitus ziemlich weit. Im oberen Teil viele fleckige Rötungen, die sich auf die Portio fortsetzen.

Uterus: 9 cm lang, 5 cm breit, $2^1/_4$ cm dick. Muttermund sehr breit durch einen Einriss bis ins linke Scheidengewölbe, für die Kuppe des Zeigefingers durchgängig. Schleimhaut der Cervix und des Cavum uteri gehörig.

Ovarien: Lig. ovarii propr. L 4, R. 2 cm lang. Das rechte Ovarium zeigt viele Ovulationsnarben. Das linke Ovarium sitzt in einer Ausdehnung von 7 cm der l. Tube auf und ist an seinem distalen Ende zusammen mit der Tube (jedenfalls bei der Sektion) abgeschnitten.

Tuben: R. Tube 12 cm lang, L. Tube liegt noch 14 cm lang vor und ist beträchtlich verdickt.

X. Fall.

Genitalien ohne Bezeichnung.

Befund.

Aeussere Genitalien: Kaum entwickelte Nymphen. Frenulum fehlt. Narbe an dessen Stelle nicht sichtbar. Neben dem Orificium urethrae ext. 2 sehr stark ausgeprägte Lacunae urethrales.

Vagina: Sehr kurz.

Uterus und Adnexe: Uterus 9 cm lang, 7 cm breit, 2 cm dick. Muttermund durch starke narbige Verwachsungen fast vollkommen geschlossen. Im oberen Teil des Cervicalkanals sitzt an der hinteren Wand ein gestielter drüsiger Polyp. Der Uterus ist retroflectiert und durch zahlreiche, membranartige Adhaesionen an das Rectum fixiert. Der Douglas'sche Raum ist dadurch fast vollkommen aufgehoben und besteht nur noch als ein schmaler Spalt, welcher von rechts her offen und für den Finger zugänglich ist. Im Grund des Douglas sind keine Adhaesioneu, sondern nur feinere Auflagerungen. Die linke Tube ist stark geschlängelt und liegt als ein Knäuel dem Fundus uteri auf, mit demselben durch starke Adhaesionen verklebt. Das l. Ovarium ist nicht sichtbar. Die Hinterwand des Uterus trägt ein erbsengrosses, intraparietales Myom.

Die r. Tube verläuft 5 cm lang, horizontal, ist dann abgeknickt und verläuft vertikal nach unten an der Rückseite des Lig. latum entlang, an das sie durch Adhaesionen fixiert ist. Das r. Ovarium liegt direkt unter der Abknickungsstelle der Tube und wird von einer Membran überzogen, welche von dem abwärts verlaufenden Schenkel der Tube über das Ovarium weg frontal zum Lig. latum geht. Auf der Rückseite beider Ligg. lata sind zahlreiche, membranartige Auflagerungen.

XI. Fall.

R. Luise, 14 Jahre, Drechslers Kind. Interne Behandlung. Sektion 17. Januar 1896.

Klinische Diagnose: Tuberculosis chronica pulmonum, intestini, peritonaei.

Aus der Anamnese: Menses noch nicht vorhanden.

Anatomische Diagnose: Käsige Tuberculose beider Lungen; der Mesenterialdrüsen, der peritonealen und retroperitonealen Lymphdrüsen. Atrophie des Herzens. Starker Milztumor.

Befund.

Aeussere Genitalien: Frenulum und Hymen erhalten. Labia minora schwach entwickelt.

Uterus: 4 cm lang, 2 cm breit Planifundalis.

Ovarien: Am r. Ovarium zwei kleine, linsengrosse Prominenzen.

Tuben: Befund negativ.

XII. Fall.

R. Marie, 69 Jahre, Wirtswitwe. Interne Behandlung. Sektion 18. Januar 1896.

Klinische Diagnose: Myodegeneratio cordis. Stauungsorgane. Emphysem der Lungen. Stauungsniere (Nephritis chronica).

Aus der Anamnese: Zwei ohne Störung verlaufene Geburten.

Anatomische Diagnose: Chron. interstit. Nephritis, Atheromatose. Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel, besonders des linken, Lungenoedem. Endarteriitis der Coronararterien.

Befund.

Aeussere Genitalien: Labia minora sehr schwach entwickelt. Frenulum erhalten.

Vagina: Introitus sehr weit, für 4 Finger durchgängig. In ihrer ganzen Ausdehnung, besonders im oberen Teil zahlreiche fleckige Rötungen, die auch auf der Portio sichtbar sind: Colpitis.

Uterus: 8 cm lang, 5 cm breit, $2^1/_2$ cm dick. Derselbe ist sehr schlaff. Nur im Fundus fühlt man einen taubeneigrossen harten Tumor, ein subseröses Myom. Der Muttermund ist offen, zeigt kleine Einkerbungen. Um denselben einige Ovula Nabothi. Im Cavum uteri, und zwar nahe über dem inneren Muttermund, ist ein erbsengrosser, heller Tumor, ein Adenom. Endometrium des Uterus glatt. Am r. Lig. latum vorn einige ganze feine Auflagerungen. Im r. Lig. latum findet sich ein stark geschlängeltes Gefäss, welches sich hart anfühlt, jedenfalls die atheromatös entartete Arteria uterina. Sämtliche anderen Gefässe zeigen ebenfalls starke Schlängelung. Ungefähr von der Mitte des Corpus uteri entspringt hinten eine schwache, lamellenartige Adhaesion, welche sich an das r. Lig. ovarii propr., das Ovarium und die letzte Hälfte der Tube festsetzt. Zwischen Ovarium und Tube bildet sie mit dem entsprechenden Teil des Lig. latum eine kleine, offene Tasche.

Ovarium: Ohne bemerkenswerten Befund.

Tuben: An beiden Tuben einige, linsengrosse Prominenzen.

XIII. Fall.

H. Anna, 19 J., Dienstmädchen. Interne Behandlung. Sektion 6. Februar 96.

Klinische Diagnose: Phthisis pulmonum. Insufficienz der Mitralis.

Aus der Anamnese: Menses seit dem 14. Lebensjahr. Bis zum Frühjahr 95 regelmässig, seit dieser Zeit fehlen sie vollständig.

Anatomische Diagnose: Subchron. dissemin. Tuberkulose beider Lungen. Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels, Ulceröse Tuberkulose des ganzen Ileums und Iejunums.

Befund.

Aeussere Genitalien: Labia minora klein, Frenulum vorhanden.

Vagina: Befund negativ.

Uterus: $6^1/_2$ cm lang, $3^1/_2$ cm breit, $2^1/_4$ cm dick. Muttermund geschlossen, ohne Einkerbungen. Endometrium und Perimetrium glatt.

Ovarien: Lig. ovarii propr. links 2 cm, rechts 4 cm lang. Rechtes Ovarium 4 cm lang, linkes Ovarium 3 cm lang.

Tuben: Linke Tube 11 cm, rechte 15 cm lang. An der linken Tube eine 5 cm lange, frei herabhängende Hydatide.

XIV. Fall.

Genitalien ohne Bezeichnung.

Befund.

Aeussere Genitalien: Nymphen schwach entwickelt. Hymen fehlt. Keine Karunkeln.

Vagina: Introitus weit. Rugae stark ausgeprägt.

Uterus: 7 cm lang, 5 cm breit, 2 cm dick. Muttermund geschlossen. Im Cavum uteri 3—4 hirsekorngrosse Erhebungen. Endometritis glandularis? Das Peri-

metrium des Uterus zeigt vorn und mehr noch hinten starke membranartige Auflagerungen. Im Douglas finden sich zahlreiche, membranartige Adhäsionen, welche von der hinteren Uteruswand in deren ganzen Breite horizontal zum Rectum ziehen. Die tiefste dieser Membranen bildet mit dem Grund des Douglas'schen Raumes einen Hohlraum von der Grösse eines Hühnereis.

Adnexe: Die rechte Tube zieht in einer Ausdehnung von 4 cm lateralwärts, ist dann abgeknickt und durch starke Adhäsionen mit ihrem Ende an die hintere Beckenwand neben dem Rectum fixiert. Sie hat 3—4 Windungen, ihr abdominales Ende ist verschlossen und aufgetrieben. Die Abknickungsstelle der Tube ist der Ausgangspunkt zahlreicher Adhäsionen. Eine grössere Membran zieht von dort aus über das Ovarium hinweg nach der lateralen Seite des Uterus. In der Tasche, welche diese Membran mit dem Lig. latum bildet, liegt das rechte Ovarium eingebettet. Weiterhin ziehen von dieser Stelle kleinere Adhäsionen zum Ovarim und hinter diesen eine zweite Membran, welche ebenfalls zum Uterus geht. Ein Stück des Omentum maius ist an den gewundenen Teil der Tube fixiert, ausserdem gehen Adhäsionen in Form von Lamellen von diesem aus nach der hinteren Beckenwand, mit den gleichlaufenden Adhäsionen der Tube einen Raum von Wallnussgrösse bildend.

Die linke Tube verläuft in einer Strecke von 5 cm sagittal nach hinten, ist dann ebenfalls abgeknickt, gewunden und aufgetrieben. Auch ihr Ostium abdominale ist verschlossen und an die hintere Beckenwand fixiert. Vom linken Ovarium zur Tube zieht eine kleine Mem-

*) Wegen der gemeinschaftlichen Adhäsionen hier zusammen beschrieben.

bran, eine grössere vom Ovarium vertikal nach unten zum Lig. latum, mit diesem eine Tasche von 6 cm Länge und 3 cm Höhe bildend. Zwischen den Windungen der Tube ganz kurze Adhäsionen.

XV. Fall.

H. Wilhelmine 77 J., Haushälterin. Interne Behandlung. Sektion 10. Februar 96.

Klinische Diagnose: Mitralinsufficienz. Marasmus senilis.

Aus der Anamnese: Nullipara.

Anatomische Diagnose: Allgemeine Atheromatose. Braune Degeneration des Herzens mit leichter Hypertrophie derselben. Senile Atrophie.

Befund.

Aeussere Genitalien: Kleine Schamlippen stark prominent.

Vagina: Nichts auffallendes.

Uterus: 8 cm lang, $5^1/_2$ cm breit, $2^1/_2$ cm dick. Muttermund offen. Aus demselben ragt ein länglicher, gestielter Tumor hervor, der eine weiche Konsistenz besitzt und von der Mitte des Cervicalkanals entspringt. Neben demselben ragt ein zweiter Tumor aus dem Muttermund, der dem Rand desselben aufsitzt und cystische Entartung zeigt. Im Cervicalkanal und Cavum uteri finden sich eine Reihe diffuser, prominenter Stellen, die z. T. Cysten repräsentieren. Letztere sowohl, wie die grösseren, oben angeführten Tumoren sind wohl als Adenome der Cervix und des Corpus uteri anzusprechen. Die Schleimhaut des Uterus ist gerötet und aufgelockert, ein schmutzig brauner Schleim be-

deckt sie. — Endometritis chronica. — Auf dem Perimetrium membranartige Auflagerungen. Lange Adhäsionen ziehen von der linken Seite des Uterus nach dem Fundus der Blase und von der Hinterwand desselben nach dem Rectum.

Ovarien: Das rechte Ovarium ziemlich klein, das linke Ovarium fehlt und ist wahrscheinlich ebenso wie die linke Tube bei der Sektion abgeschnitten.

Tuben: Die rechte Tube ist durch Adhäsionen an das Rectum fixiert.

XVI. Fall.

A. Caroline 67 J., Wagnermeisterswittwe. Chirurg. Behandlung. Sektion 18. Februar 96.

Klinische Diagnose: Gangraena senilis pedis sinistri. Therapie: Supramalleolare Amputation des linken Unterschenkels.

Aus der Anamnese: Nichts.

Anatomische Diagnose: Gangräna senilis des Unterschenkels. Hochgradige Atheromatose der Art. femoralis und der Coronargefässe des Herzens. Braune Atrophie des Herzens. Obsolete Spitzentuberkulose. Allgemeine Atrophie. Von Carcinom der Genitalien nichts erwähnt!

Befund.

Aeussere Genitalien: Nymphen schwach entwickelt. Frenulum erhalten.

Vagina: Hintere Wand fast vollkommen glatt, vordere wenig Rugae.

Uterus und Aduexe: Der Uterus, mit dem die linksseitigen Adnexe und das rechte Ovarium verklebt sind, ist vollständig in eine bröcklige, zerfallene Masse

umgewandelt, ebenso die Adnexe und die nächste Umgebung des Uterus. Das Peritoneum der hinteren Beckenwand, an das der Uterus fixiert ist, ist linkerseits in einer Ausdehnung von 6 cm ebenfalls zerstört und in eine breiige Masse umgewandelt. Das Ganze ist wohl als ein Carcinom anzusehen. Die linke Tube, die allein frei geblieben ist, ist verdickt und zieht sich schräg an der hinteren Beckenwand entlang, an die sie fest adhärent ist.

XVII. Fall.

Genitalien nicht bezeichnet.

Befund.

Aeussere Genitalien: Labia minora nur sehr schwach entwickelt. Frenulum erhalten.

Vagina: Negativer Befund.

Uterus: 7 cm lang, $5^1/_2$ cm breit, $2^1/_2$ cm dick. Muttermundlippen kaum fühlbar. Orificium externum stecknadelkopfgross, durch breite, sehnige Verwachsungen geschlossen. Schleimhaut der Cervix nicht verändert. Ueber dem inneren Muttermund 2 hirsekorngrosse Cystchen der vorderen Uteruswand. Cavum uteri sehr gross. Schleimhaut desselben überall braunrot, hämorrhagisch injiciert.

Am Ende der rechten Tube setzt sich eine Membran an, die sich trichterförmig ausbreitet und am Lig. latum, dem Rectum und dem Lig. semilunare sinistrum fixiert ist, so den Grund des Douglas überdachend. Kleine, lamellenartige Adhäsionen ziehen vom Fundus uteri zum Rectum. Am Fundus und an der Hinterwand des Uterus zahlreiche, membranartige Auflagerungen.

Im linken Lig. latum und zwar zwischen Tube und Ovarium finden sich zahlreiche hirsekorn- bis erbsengrosse Phlebolithen. An der entsprechenden Stelle des rechten Lig. latum finden sich ebenfalls eine Reihe kleiner Phlebolithen.

Ovarien: Lig. ovarii propr. Links 4 cm, Rechts $2^1/_2$ cm lang.

Tuben: Die rechte Tube ist in ihrem abdominalen Ende sackartig erweitert und geschlossen. Vom mittleren Drittel derselben ziehen kleine Adhäsionen zum rechten Ovarium. Das Ende der linken Tube ist durch Adhäsionen verklebt und ebenfalls geschlossen. An der distalen Hälfte derselben entspringt eine breite Membran, welche zum linken Ovarium und von da abwärts zum Lig. latum zieht. Eine 7 cm lange Hydatide der linken Tube ist durch eine membranöse Adhäsion an die linke Seite des Rectums fixiert.

XVIII. Fall.

St. Anna 25 J., Köchin. Interne Behandlung. Sektion 28. Februar 96.

Klinische Diagnose: Scarlatina. Insufficientia cordis. Lungenödem. Tracheotomie.

Aus der Anamnese: Nichts.

Anatomische Diagnose: Phlegmonöse eitrige Entzündung des Rachens (Diphterie?). Eitrige Tonsillitis. Braune Atrophie des Herzens, Lungenödem. Milztumor.

Befund.

Aeussere Genitalien: Nymphen klein, Frenulum und Hymen erhalten.

Vagina: Nichts bemerkenswertes.

Uterus: 9 cm lang, 5 cm breit, 3 cm dick. Muttermund geschlossen. Cervicalkanal ziemlich lang, 4 cm. Schleimhaut desselben wie die des Uterus gehörig.

Ovarium: Linkes Ovarium fehlt. (Ist herausgeschnitten).

Tuben: Ohne Befund.

XIX. Fall.

P. Martha 66 J., Hausdienersfrau. Interne Behandlung. Sektion 5. März 96.

Klinische Diagnose: (Krankengeschichte ist nicht zu erhalten).

Anatomische Diagnose: Verdünnung und beginnende Erweichung des Rückenmarks. Recidivierende akute Endocarditis bei Mitralstenose. Caries des VIII. Brustwirbels. Ausgedehnter Decubitus.

Befund.

Aeussere Genitalien: Labia minora sehr stark entwickelt. Frenulum nicht vorhanden.

Vagina: Introitus ziemlich weit. Starke Columnae rugarum.

Uterus: 8 cm lang, 5 cm breit, 3 cm dick. Muttermund eine breite, offene Spalte. An der hinteren Muttermundslippe eine linsengrosse Cyste: Ovulum Nabothi. In der Schleimhaut der Cervix und des Cavum uteri zahlreiche hirsekorn- bis linsen-grosse Cystchen. Farbe der Schleimhaut gewöhnlich.

Der Uterus ist an die hintere Blasenwand vollkommen fixiert durch eine breite Membran, welche von der Blase zu der Mitte des Corpus uteri und weiter zu den Ligg. rotunda zieht. Der Douglas'sche Raum

bietet merkwürdige Verhältnisse durch das eigentümliche Verhalten des Rectums. Dies bildet nämlich eine Schleife im kleinen Becken und zwar in der Art, dass es zuerst vom Anus aus aufsteigt, umbiegt, in den Douglas wieder hineingeht, um dann definitiv nach aufwärts in das S-romanum zu münden. An demselben sind zahlreiche Appendices epiploicae, welche mit der Hinterwand des Uterus und zwar nur linkerseits durch starke Adhäsionen verbunden sind. Von den Appendices gehen weiter Adhäsionen zum Darm selbst und zu der linken Tube, diese sowohl wie das linke Ovarium vollkommen bedeckend.

Ovarien: Rechtes Ovarium abgeschnitten.

Tuben: Rechte Tube ebenfalls abgeschnitten. Nur der stark geschlängelte Anfangsteil erhalten.

XX. Fall.

D. Therese 50 J., Schuhmacherswitwe. Interne Behandlung. Sektion 11. März 96.

Klinische Diagnose: Nicht zu ermitteln.

Anatomische Diagnose: Schrumpfnieren. Hypertrophie beider Ventrikel. Chron. Oedem beider Lungen. Leber und Nieren mit der Umgebung verwachsen.

Befund.

Aeussere Genitalien: Labia minora schwach entwickelt, Frenulum erhalten.

Vagina: Introitus mässig weit. Vordere Vaginalwand invertiert.

Uterus: 7 cm lang, 4 cm breit, 2 cm dick. Muttermund klein. Ueber dem inneren Muttermund 6—8 kleine, hirsekorngrosse Cystchen. Schleimhaut gewöhnlich. Eine breite Membran, die von der Mitte der vorderen Ute-

ruswand horizontal zur Blase zieht, deckt die Excacatio vesico-uterina von oben her, sodass dieselbe zu einer geräumigen Tasche wird. Auf dem Fundus kleinere Auflagerungen. Im Douglas verlaufen 2 sagittal gestellte Lamellen zwischen Rectum und Cervix. Im linken Lig. latum, zwischen Tube und Ovarium, 2 Cysten von Erbsen- bezw. Linsengrösse.

Ovarien und Tuben: Beiderseits durch kleine Adhäsionen mit einander verklebt. Rechte Tube im Anfang des letzten Drittels abgeknickt und mit dem Fimbrienende an das Ovarium fixiert. Rechtes Ovarium $3^1/_2$, linkes Ovarium $4^1/_2$ cm lang. Auf der linken Tube 3 linsengrosse Prominenzen.

XXI. Fall.

B. Anna, 59 J., Köchin. Chirurg. Behandlung. Sektion 11. April 96.

Klinische Diagnose: Phlegmone brachii et antebrachii dextri.

Aus der Anamnese: Nichts.

Anatomische Diagnose: Ringförmiges Medullarcarcinom des Magens über dem Pylorus mit bedeutender Stenosierung. Metastasen in den Lymphdrüsen der kleinen Curvatur. Phlegmone des rechten Arms. Tuberculose beider Oberlappen. Milztumor.

Befund.

Aeussere Genitalien: Kleine Schamlippen schwach entwickelt. Frenulum erhalten.

Vagina: Introitus eng. Vordere Wand stark invertiert.

Uterus: 7 cm lang, 4 cm breit, $1^1/_2$ cm dick. Muttermund klein, geschlossen, verschiedene, narbige

Einziehungen. Portio stark entwickelt, von konischer Form.

An der vorderen Uteruswand, nahe dem Fundus ein kirschkerngrosses Myom.

Ovarien: Lig. ovarii propr. Links $4^1/_2$, Rechts $2^1/_2$ cm lang. Beide Ovarien zeigen viele Ovulationsnarben.

Tuben: Linke Tube 13 cm, Rechte 11 cm lang.

XXII. Fall.

M. Ottilie 22 J., Kellnerin. Interne Behandlung. Sektion 24. April 96.

Klinische Diagnose: Phthisis pulmonum.

Aus der Anamese: Nullipara. Menses regelmässig.

Anatomische Diagnose: Chron. Lungentuberkulose. Beginnende Darmtuberkulose. Hypoplasie des Herzens, Fettleber.

Befund.

Aeussere Genitalien: Labia minora klein. Das rechte Labium minus zeigt nach dem Frenulum hin 2 Lücken, die dadurch entstehen, dass das Labium in einzelnen Spangen nach dem Frenulum ausläuft.

Vagina: Ohne Befund.

Uterus: $6^1/_2$ cm lang, 4 cm breit, $2^1/_4$ cm dick. Muttermund klafft, ist nach links eingerissen. Die Portio ist nach links verzogen, der Uterus nach rechts abgeknickt.

Ovarien: Lig. ovarii propr. Rechts $3^1/_2$, Links 2 cm lang. Rechtes Ovarium 4 cm, Linkes Ovarium 5 cm lang. Am linken Ovarium eine kleine, im Innern cystisch entartete Prominenz.

Tuben: Rechte Tube 9, Linke Tube 11 cm lang.

XXIII. Fall.

B. Candida, 34 J., Zimmermädchen. Interne Behandlung. Sektion 23. Mai 96.

Klinische Diagnose: Phthisis pulmonum et laryngis, Hypertrophie und Dilatation des Herzens.

Aus der Anamnese: Menses cessieren seit 6 Wochen.

Anatomische Diagnose: Chron. Lungentuberkulose. Akute Miliartuberkulose der Lungen und Nieren. Adipositas cordis.

Befund.

Aeussere Genitalien: Labia minora flügelförmig stark prominent. Das rechte Labium bedeutend länger als das linke.

Vagina: Introitus weit.

Uterus: 6 cm lang, $3^1/_2$ cm breit, $2^1/_4$ cm dick. Muttermund klein. Am inneren Muttermund 2 hirsekorngrosse Prominenzen. Schleimhaut des Cavum uteri stark mit Blut injiziert. Auf dem Peritoneum des Douglas zahlreiche kleine Knötchen, Miliartuberkel?

Ovarien: Lig. ovarii propr. Links $1^1/_2$, Rechts $2^3/_4$ cm lang. Beide Ovarien zeigen viele Narben.

Tuben: An der linken Tube eine gestielte, stark entwickelte Hydatide.

XXIV. Fall.

R. Anna, 81 J., Kunstgärtnerswittwe. Interne Behandlung. Sektion 27. Mai 96.

Klinische Diagnose: Nicht zu ermitteln.

Anatomische Diagnose: Apoplexia cerebri. Cor adiposum. Sklerose der Gehirnarterien.

Befund.

Aeussere Genitalien: Labia minora gross, stark pigmentiert. Frenulum erhalten. Orificium urethrae ext. sehr weit. Sehr starke Karunkeln.

Vagina: Mit linsengrossen, braunroten Flecken besät.

Uterus: 9 cm lang, 7 cm breit, 2 cm dick. Muttermund, eine breite Spalte darstellend, zeigt nach links einen starken Einriss. An demselben ein starkes Ovulum Nabothi. Die Schleimhaut des Cavum uteri ist schmutzigbraun verfärbt mit starken diffusen fleckigen Rötungen: Endometritis. In der Vorderwand des Uterus ein erbsengrosses, intraparietales Myom. Das linke Horn des Uterus ist bedeutend stärker entwickelt als das rechte. Im Douglas'schen Raum spannen sich 2 kleine Lamellen vom Lig. semilunare sinistr. nach der Cervix, einen kleinen spaltförmigen Raum zwischen sich lassend. Im linken Lig. latum sitzt dicht unter der Mitte der Tube ein erbsengrosser Phlebolith. Im rechten Lig. latum 4 weitere Phlebolithen von Linsen- bis Erbsengrösse. Das rechte Lig. latum ist stärker entwickelt, als das linke.

Ovarien: Rechtes Ovarium 5, Linkes Ovarium 3 cm lang. Beide mit vielen Einkerbungen der Oberfläche.

Tuben: Linke Tube 10, rechte 14 cm lang. An der linken Tube 2 Hydatiden, deren Stiele im Anfangsteil vereinigt sind, und von denen die eine 3, die andere 1 cm lang ist. An der rechten Tube eine 4 cm lange, starke Hydatide.

XXV. Fall.

S. Therese, 19. Jahre, Wäscherin. Interne Behandlung. Sektion 11. Juni 1896.

Klinische Diagnose: Phthisis pulmonum.

Aus der Anamnese: Menses seit dem 18. Jahre unregelmässig.

Anatomische Diagnose: Tuberculosis pulmonum mit Cavernenbildung. Dilatation des Herzens. Stauungsleber und -Nieren.

Befund.

Aeussere Genitalien: Nymphen schwach entwickelt. Hymen und Frenulum erhalten.

Vagina: Negativer Befund.

Uterus: 6 cm lang, $4^1/_2$ cm breit, $2^1/_2$ cm dick. Muttermund klein und offen, spaltförmig. Die Schleimhaut des Cavum uteri in der Gegend des inneren Muttermundes leicht injiziert.

Ovarien: L. Ovarium 3 cm, R. Ovarium 4 cm lang. Lig. ovarii propr. L. 1 R. $2^1/_2$ cm lang.

Tuben: Ohne Befund.

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet, das Resultat meiner Untersuchung kurz zusammen zu fassen. Unter den 25 beschriebenen Genitalien, die, wie ich hier nochmals betone, alle von Frauen stammten, die nicht in gynaekologischer Behandlung standen, und bei denen man daher a priori keine Affektionen voraussetzen konnte, waren nur 3 ohne jegliche Affektionen. Bei zweien fand ich ausser der Bildungshemmung des Uterus planifundalis nichts pathologisches. Der Rest, also 20 Genitalien,

zeigte durchweg Affektionen und zwar von solchen der geringsten Bedeutung bis zu der malignen Neubildung des Carcinoms. Besonders häufig waren vertreten Myome und Pelveoperitonitiden, zu denen man wohl alle diejenigen Fälle rechnen muss, bei denen Adhaesionen irgend welcher Art beschrieben wurden.

Das Resultat dürfte also mit dem übereinstimmen, welches mein verehrter Lehrer, Geheimrat v. Winckel, durch seine Statistik ermittelt und in dem anfangs citierten Satz niedergelegt hat.

Es bleibt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Prof. Dr. von Winckel für die Anregung zu diesem Thema, sowie Herrn Assistenzarzt Dr. Fränkel für die Unterstützung bei der Bearbeitung derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Tabellarische Uebersicht der bei den Präparaten gefundenen pathologischen Veränderungen.

Laufende Nummer.	Bezeichnung.	Vulva.	Vagina.	Uterus.	Ovarien und Tuben.	Ligamenta.
1.	B. E.	—	—	Perimetritis.	R. Tube abgeknickt. R. Ovarium 4 cm., L. Ovarium 3 cm. Perisalpingitis.	—
2.	J. E.	L. Nymphe stärker als die rechte.	—	Vergrösserung d. Uterus in toto. Einriss d. Portio bis ins Scheidengewölbe. 1 submucöses Myom. Perimetritis.	Lig. ovarii prop. L. 2, R. 3 cm. L. Ovarium 3, R. Ovarium 4 cm lang. L. Tube 11, R. Tube 13 cm.	Varicocele parovarialis superior dextra. Haematoma subperitonaeale pelvicum.
3.	W. A.	R. Nymphe stärker entwickelt als die linke.		4 Cysten um das Orificium internum. 1 Submucöses Myom, 1 gestieltes Myom, 1 intraparietalis, 4 subseröse Myome. Perimetritis.	Lig. ovarii propr. L. $4^1/_2$, R. $2^1/_2$ cm. Am r. Ovarium mehrere kleine Cysten.	—
4.	O. A.	—	—	3 kleine Cysten um das Orificium internum. Schleimhaut des Cavum uteri an einer Stelle defekt und mit 2 kleinen Prominenzen.	Perioophoritis dextra.	—

5.	P. J.	—	Colpitis vetulae.	Starker Einriss in die Portio. Cervicalpolyp. 2 Cysten am Orificium int. Endometritis.		Secundäres Carcinom des Douglas'schen Raums.
6.	L. M.	—	—		—	—
7.	P. M.	—	—	Vergrösserung d. Uterus in toto. 2 Subseröse 6—7 teils intraparietale, teils submucöse Myome.	Lig. ovarii prop. L. 2, R. 3 cm. Perisalpingitis.	—
8.	—			Uterus planifundalis.	Lig. ovar. prop. L. $2^1/_2$, R. 4 cm. L. Tube 9, R. 11 cm.	—
9.	J. M.	L. Nymphe stärker entwickelt als die rechte. Alter, vernarbter Dammriss.	Colpitis vetulae.	Alter Riss in die Portio.	Lig. ovarii propr. L. 4, R. 2 cm. Abnorme Lage des l. Ovariums.	
10.	—	Starke ausgeprägte Lacunae urethrales.	Sehr kurz.	Orific. extern. durch starke Narben fast geschlossen. Gestielter Drüsenpolyp der Cervix, 1 Intraparietales Myom. Retroflexio uteri: Perimetritis.	L. Tube stark geschlängelt. R. Tube abgeknickt. Perisalpingitis.	—
11.	R. L.	—	—	Uterus planifundalis.	Am r. Ovarium 2 linsengrosse Prominenzen.	—

Laufende Nummer.	Bezeichnung.	Vulva.	Vagina.	Uterus.	Ovarien mit Tuben.	Ligamenta.
12.	R. M.	—	Introitus sehr weit. Colpitis.	1 Subseröses Myom, 1 Adenom, Perimetritis.	Beide Tuben mit einigen Prominenzen.	
13.	H. A.	—	—	—	Lig. ovar. prop. L. 2, R. 4 cm. L. Ovarium 3, R. Ovarium 4 cm. L. Tube 11, R. Tube 15 cm.	—
14.	—	—	—	Endometritis glandularis? Perimetritis.	Perisalpingitis.	—
15.	H. W.	—	—	Adenome. Endometritis Perimetritis.	Perisalpingitis.	—
16.	A. C.	—	—	Carcinom. Perimetritis.	—	—
17.		—	—	2 Cysten am Orific. intern. Endometritis. Perimetritis.	Lig. ovar. prop. L. 4, R. 2½ cm. Beide Tuben verschlossen. R. Tube am Ende sackartig erweitert. Perisalpingitis.	In beiden Ligamenta lata Phlebolithen.
18.	S. A.	—	—	Abnorme Länge des Cervicalcanals.	—	—

19.	P. M.	—	Stark entwickelte Columnae rugarum.	Cysten der Cervix und des Cavum uteri. Perimetritis.	—		—
20.	D. Th.	—	—	Um des Orific. intern. 6—8 Cysten. Perimetritis.	R. Ovarium 3½. L. Ovarium 4½ cm. R. Tube abgeknickt. Perioophoritis, Perisalpingitis. L. Tube mit 2 Prominenzen.	Im	l. Lig. latum 2 Cysten.
21.	B. A.	—	Starke Inversion der vorderen Vaginalwand.	Myom des Corpus uteri.	Lig. ovar. prop. L. 4½, R. 2½. L. Tube 13, R. 11 cm.		
22.	M. O.	Die rechte Nymphe doppelt durchlöchert	—	Dextroflexio uteri. Orific. extern. nach links eingerissen.	Lig. ovarii propr. R. 3½, L. 2 cm. R. Ovarium 4 cm, L. Ovarium 5 cm. Am l. Ovarium 1 Cyste. R. Tube 9 cm, L. Tube 11 cm.		
23.	B. C.	R. Nymphe länger als die linke.	—	Am Orific. intern. 2 Prominenzen.	Lig. ovarii prop. L. 1½, R. 2¾. cm.	Im	Douglas Miliartuberkel?
24.	R. A.	Orificium urethrae externum sehr weit.	Colpitis.	Portio stark eingerissen. Endometritis. 1 Intraparietales Myom. Perimetritis.	R. Ovarium 5 cm, L. Ovarium 3 cm. L. Tube 10, R. Tube 14 cm. L. Tube 2, R. Tube 1 Hydaide.	Im im	l. Lig. latum 1, r. Lig. latum 4 Phlebolithen.
25.	S. Th.	—	—	Endometritis.	Lig. ovar. prop. L. 1, R. 2½ cm. L. Ovarium 3 cm, R. Ovarium 4 cm.		—

Es fand sich demnach bei den 25 Präparaten: Endometritis 6 Mal, Myome 6 Mal, Pelveoperitonitis 14 Mal, Cysten am Orificium internum 5 Mal, Carcinom 2 Mal, Colpitis 4 Mal, Phlebolithen 2 Mal.

Ungleichmässige Entwicklung der Nymphen 4 Mal, der Ovarien 7 Mal, der Tuben 6 Mal, der Ligamenta ovarii propria 11 Mal, Uterus planifundelis 2 Mal, Lageveränderung des Uterus 2 Mal.

Je 1 Mal fanden sich: Varicocde parovarialis, Haematoma subperitonaeale pelvicum, Adenome des Uterus.